Aus der „Medicinischen Monatsschrift", Juli, 1889.

Ein Fall von Wanderleber.[1])

Von

Dr. Max Einhorn,

Arzt am Deutschen Dispensary, New York.



M. H.! Unter Wanderleber [Ectopia hepatis oder Hepar migrans] versteht man eine beträchtliche Dislocation der Leber nach unten, [für welche sich als Ursache eine von oben her auf das Organ wirkender Druck nicht nachweisen lässt] und die Möglichkeit, dieselbe mehr oder weniger leicht nach oben zu bewegen. Das Vorkommen dieser Anomalie ist zuerst von Cantani[2]) im Jahre 1866 ausführlich beschrieben worden, doch findet sich der Name „Wanderleber" bereits in der älteren Literatur, so bei Portal.[3]) Nach Cantani's Veröffentlichung haben sich die Berichte über Wanderleber schnell gemehrt. Im Ziemssen'schen Handbuch (Bd. VIII, 1), vom Jahre 1876, werden bereits 10 Fälle von Wanderleber aus der Literatur zusammengestellt. Fast alle diese Fälle betrafen Frauen, welche bereits geboren hatten. Man suchte daher in der Schwangerschaft und in dem mit jener häufig verbundenen Hängebauch der aetiologische Moment für die Ectopia hepatis (Cantani und Winkler[4]).

Meissner[5]) und Leopold[6]) hielten die Schwangerschaft allein nicht für ausreichend, um das Zustandekommen der Leberdislocation zu erklären; denn bei manchen der Frauen war erst 10 Jahre nach der letzten Schwangerschaft jene Anomalie eingetreten. Leopold und Meissner nehmen daher an, dass zuweilen das präformirte Leberband in Gestalt einer Mesohepar verlängert sei, — dies gebe das prädisponirende Moment, und bei Hinzutritt einer neuen Ursache, wie Hängebauch, dann Heben schwerer Last, Fall etc. kann eine Ectopia hepatis zu Stande kommen.

Im Landau'schen[7]) Buche „Wanderleber und Hängebauch" werden 31 als Wanderleber beschriebene Fälle aus der Literatur zusammenge-

[1]) Nach einem in der Versammlung Deutscher Aerzte New York's am 23. Mai 1889 gehaltenen Vortrage.

[2]) Cantani, Ann. univers. d. Médicina, Nov. 1886.

[3]) Portal, Cours. d'anatomie médicale on élements de l'anatomie de l'homme. Paris. An. XII, 1804, T. V. p. 323 (citirt nach Landau).

[4]) Winkler, Arch. für Gynaecolog. Bd. IV. 1872.

[5]) Meissner, Schmidt's Jahrb. Bd. 191, 1869.

[6]) Leopold, Arch. f. Gynaecolog. Bd. 7, 1875.

[7]) Landau, Die Wanderleber und der Hängebauch bei Frauen, Berlin, 1885.

stellt. Landau[1]) selber hat 14 Fälle von ausgesprochener beweglicher Leber und etwa 50 Fälle von einfacher Senkung der Leber bei Frauen beobachtet; L. schliesst daher mit Recht, dass die Wanderleber bei Frauen viel häufiger vorkommt, als man bisher anzunehmen schien.

Langenbruch[2]) hat ganz kürzlich eine Pat. mit Wanderleber vorgeführt bei einem 19jährigen Fräulein, — welches also niemals schwanger war, — und bei der die Leber nach einem Fall dislocirt wurde.

Wassiljen[3]) hat zuerst zwei Fälle von Wanderleber bei Männern beschrieben.

Da nun die Wanderleber eine ziemlich seltene Anomalie ist, und mein Fall ausserdem zu den wenigen gehört, die Männer betreffen, so erlaube ich mir, Ihnen, meine Herren, denselben heute Abend vorzuführen.

Die Krankengeschichte lautet, wie folgt:

Pat., Louis Bauer, 57 Jahre alt, Schreiner, war früher stets gesund. Im August 1857 hat Pat. das gelbe Fieber glücklich überstanden. Im Februar 1889 wurde Pat. mitten in seiner Arbeit von heftigem Schüttelfrost und Schwindel befallen; er konnte nicht stehen und musste zu Bett gebracht werden. Pat. fing gleich darauf an zu brechen und verspürte Schmerzen in der vorderen Bauchgegend, sowie im Rücken. Pat. wurde damals noch am selben Tage nach dem New York Hospital gebracht; dort war er nur vier Tage bettlägerig; Fieber glaubt Pat. nicht gehabt zu haben. Nach 10tägigem Aufenthalt im Hospital wurde Pat. als geheilt entlassen. Pat. gibt nun an, dass er während dieser Krankheit an Athembeschwerden zu leiden angefangen habe; diese Beschwerden haben ihn seitdem nicht verlassen; er konnte nicht mehr viel arbeiten, und das Treppensteigen wurde ihm sauer. Ausserdem hat Pat. seit letztem Februar öfter bei der Arbeit einen Druck in der Regio epigastrica gespürt, der sich beim Athmen und bei schnellen Bewegungen steigerte und sich oft mit Beklemmung verband. Pat. pflegte öfter seine Hände auf den Leib hinzuhalten und verspürte so Linderung. — Seit jener Zeit fiel Pat. eine Anschwellung der oberen Bauchgegend auf.

Pat. gibt an, Whiskey niemals und Bier nur in geringen Mengen getrunken zu haben.

Der *Status praesens* ergibt: Die Inspection des Abdomens zeigt eine flach ovale Vortreibung der ganzen Regio epigastrica, welche mit ihrem unteren Rand bis etwa zwei Finger breit oberhalb des Nabels reicht. Lässt man Pat. tief ein- und ausathmen, so bemerkt man, wie die Haut sich bei der Exspiration über den ovalen Tumor hinweg tief hinter der rechten Rippenwand einzieht, so dass eine gewisse Lücke entsteht zwischen der rechten Rippenwand und dem Tumor, welcher beim Respirationsact unbeweglich bleibt. — Die Percussion ergibt im Stossen gedämpften Ton im ganzen Bezirk der sichtbaren Vorwölbung; der gedämpfte Ton erstreckt sich nach oben bis

---

[1]) Landau, l. c. p. 11.

[2]) Langenbruch, Deutsch. med. Wochenschrift, 1889, No.

[3]) Wassiljen, St. Petersburg. med. Wochenschr. 1876, No. 30.

knapp einen Finger breit oberhalb des unteren Rippenrandes auf der rechten Seite, dehnt sich nach links bis zur Meso-sternal-mammillarlinie aus und reicht nach unten bis 1—2 Finger breit oberhalb des Nabels. In der rechten Thoraxhälfte bekommt man überall hellen Lungenschall bis beinahe zum unteren Rippenrand herab.

Untersucht man Pat. im Liegen, so fallen die obigen Ergebnisse nicht anders aus. Die Palpation ergibt einen Tumor von ziemlich fester Substanz, etwas kugeliger oder vielmehr ovaler glatter Oberfläche, der nach oben und rechts sich verschieben lässt. Drängt man den Tumor nach oben und lässt ihn Pat. mit seinen Händen festhalten, so verschwindet die Vorwölbung; man bekommt bei der Percussion hellen tympanitischen Schall bis eine Handbreit oberhalb des Nabels, — während in der hinteren unteren Partie des Thorax eine Dämpfung nachweisbar wird.

Am Herzen lässt sich nichts Abnormes nachweisen; und auch an den Lungen vermag man mit Ausnahme von einzelnen wenigen Rhonchi nichts Auffallendes zu entdecken. — Seitens des Verdauungsapparates hat Pat. keine Klagen. Der Urin enthält keinen Zucker und kein Eiweis.

Aus obigen Angaben erhellt, dass der Tumor die Leber sein müsse; dafür spricht die Configuration desselben, ferner der Umstand, dass die Dämpfung in der Lebergegend fehlt und endlich die Möglichkeit, den Tumor nach der Region, wo sonst die Leber liegt, zu schieben. Es steht sonach fest, dass wir es hier mit einer Wanderleber zu thun haben.

Es fragt sich nun, ob erstens diese abnorme Lage der Leber angeboren ist oder vielmehr erst später entstanden ist, und zweitens ob die Beschwerden des Patienten auf die abnorme Tieflage der Leber zurückgeführt werden können.

Zieht man die Angaben aus der Krankengeschichte des Patienten in Erwägung, so muss man es für wahrscheinlich halten, dass die Dislocation der Leber erst später entstanden ist, und dass die Beschwerden des Patienten von dieser abnormen Lage herrühren. — Man kann ungezwungen annehmen, dass bei unserem Patienten im letzten Februar, wo er beim Hobeln beschäftigt war, plötzlich sich die ligamentösen Bänder der Leber theilweise gelockert oder zerrissen haben, — und so ein Herunterfallen der Leber bedingt haben; dieses Ereigniss dürfte damals den Schüttelfrost und die sonstigen Krankheitserscheinungen, die Pat. im Februar gehabt hat, hervorgerufen haben. — Die herabgesunkene Leber zerrt ihrerseits am Zwerchfell, zieht dasselbe gleichfalls theilweise nach unten und bedingt so eine Dehnung der Lunge. Durch diese abnormen Zustände erklären sich die Athembeschwerden des Patienten.

Die Therapie anlangend, so habe ich den Patienten eine Handbreite Binde um die obere Bauchregion tragen lassen. Pat. gibt an, sich seitdem leichter zu fühlen, und insbesondere viel besser und ohne Athembeschwerden gehen und arbeiten zu können.